

**Einwilligungserklärung Antigen-Schnelltestung / PCR Testung SARS-CoV 2 / Antikörpertest IiG**  
**für Minderjährige**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die freiwillige Antigen-Schnelltestung / PCR-Testung benötigen wir von Ihnen die folgenden Daten:

Name, Vorname der/des Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

1. Datenschutz-Hinweise zur Erhebung personenbezogener Daten Verantwortliche Stelle:

Marion´s Pflegedienst GmbH, Wolfersdorf Am Reiterhof 14, 07980 Berga Elster,  
Kontakt Daten Datenschutzbeauftragter: Herr Thomas Rosick  
Rechtsgrundlage hierfür ist Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).  
Die o. g. Kontaktdaten werden ausschließlich zu infektionsschutzrechtlichen Zwecken verarbeitet. Ihre personenbezogenen Daten dienen zur Erstellung der Bescheinigung für das Ergebnis des Antigen Schnelltests und bei positiven Befunden für die Datenübermittlung an das zuständige Gesundheitsamt. Nach Erhebung und ggf. Weiterleitung der Daten, werden diese von uns binnen 4 Wochen gelöscht.

Hinweis auf Betroffenenrechte: Sie haben nach der DS-GVO folgende Rechte: Auskunft über die personenbezogenen Daten, die wir von Ihnen verarbeiten; Berichtigung, wenn die Daten falsch sind oder Einschränkung unserer Verarbeitung; Löschung, sofern wir nicht mehr zur Speicherung verpflichtet sind.

2.  Einwilligungserklärung Antigen-Schnelltest / PCR Test  
Ich willige ein, dass ich in Form eines Nasen- oder Rachenabstriches auf SARS-CoV-2 (Coronavirus) getestet werde.
- Einwilligungserklärung Antikörpertest IiG  
Ich willige ein, dass ich in Form einer Blutabnahme auf SARS-CoV-2 Antikörper (Coronavirus) getestet werde.

3. Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde den Pflegedienst „Marion´s Pflegedienst GmbH“ und das zuständige Gesundheitsamt hinsichtlich meines o.g. Kindes in allen Belangen des Testes ausschließlich zum Zwecke der Informationsweitergabe untereinander von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift des/der Sorgeberechtigten